



## ORDEN DE COMPRA No. 989

FECHA: 19 DE NOVIEMBRE DEL 2014

SEÑORES:

**DIAGNOSTIKA CAPRIS , S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007**

NIT: 0614-100496-102-6

FACTURAR A NOMBRE DE:

MH-MINSAL-EVALUACION CLINICA DE DENGUE E INVESTIGACION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE: ESTUDIO MULTICENTRICO EN 6 PAISES.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
920	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA, METODO AUTOMATIZADO, KIT DE 4X990. 30106508. ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 312.80 ✓
980	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO, KIT DE 4X980 PBAS. 30106354 ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 333.20 ✓
980	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO, KIT DE 4 X 980 PBAS. 30106452 ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 333.20 ✓
620	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALBUMINA, KIT DE 4X620 PBAS. 30106364( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 210.80 ✓
460	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOKINASA CPK, KIT DE 4 X 230 PBAS. 10106166 ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 156.40 ✓
<b>SO.</b>	<p>USO EN: LABORATORIO CLINICO</p> <p>MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS</p> <p>SOLICITUD DE COMPRA : 09 /2014</p> <p>ENTREGA: 20 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.</p> <p>Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario proporcione en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</p>			<p>27/11/14 10:20 AM</p> <p><b>TOTAL..... \$1,346.40</b> ✓</p>

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
19/11/14	\$1,346.40	54113		  ADMINISTRACION